1902
Lane Medical Library

Über zwei nicht diagnostizierte Fälle

von

Netzhauttumoren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Arthur Vockerodt,
approb. Arzt aus Orenburg a. U.

LEIPZIG,
Buchhandlung Gustav Fock G. m. b. H.
1902.

SOM

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 10. November 1902.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sattler.

Pochhorst, E. üb. 2 nicht diagnostizierte Fälle von Netzhauttumoren. Leipzig 1902.

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.

In letzter Zeit fängt man wieder an, sich in ausgedehnter Weise mit den bei Kindern auftretenden, von der Netzhaut ihren Ausgang nehmenden Geschwulstbildungen zu beschäftigen. Die Frage nach der Natur und der Genese dieser Neubildungen wird lebhaft diskutiert, und die widersprechendsten Ansichten treten dabei zu Tage. Aber nicht allein die theoretische Seite der Netzhauttumoren findet wieder ihre Bearbeiter, es ist auch wieder das Bedürfnis laut geworden, unsere Kenntnis von den mannigfaltigen klinischen Erscheinungsweisen der Netzhauttumoren zu vervollständigen, um die immer noch in grosser Anzahl gestellten Fehldiagnosen zu vermindern. Es ist bekannt, wie viele Bulbi unter Verdacht eines bestehenden Netzhauttumors enucleiert wurden, bei denen sich nachher irgend einer jener Krankheitsprozesse fand, die man unter dem nichtssagenden Sammelnamen der „Pseudogliome" vereinigt hat. Aus naheliegenden Gründen, weil man eben bei dem Ernst der Prognose in jedem nur irgendwie verdächtigen Fall die Diagnose Netzhauttumor stellt, sind die Fehldiagnosen in dem Sinne, dass ein vorhandener, unter einem komplizierten ungewöhnlichen Krankheitsbilde sich darbietender Netzhauttumor verkannt wurde, bei weitem seltener. Aber sie kommen doch ab und zu und in solcher Anzahl vor, dass man es für nötig hielt, für sie den Namen „Kryptogliom" zu erfinden, eine Bezeichnung, die ebensowenig inhaltsreich ist wie

die: „Pseudogliom“. Es giebt natürlich kein typisches Krankheitsbild des Kryptoglioms. Zwei in ihrer Art vollkommen verschiedene Fälle von verkannten Netzhauttumoren wurden in der letzten Zeit in der Leipziger Universitäts-Augenklinik beobachtet und wurden mir, soweit es die klinische Seite betrifft, zur Veröffentlichung übergeben.

Der erste Fall wurde als Intercalarektasie diagnostiziert, und der die Intercalarektasie verursachende Netzhauttumor entging der Feststellung. Diese Fehldiagnose wurde unter gleichen Bedingungen noch zweimal, in den Fällen von Emanuel und Wintersteiner, gestellt, bei denen auch der Netzhauttumor zur Bildung eines annulären Staphyloma intercalare Anlass gegeben hatte. Im weiteren Sinne gehört der Fall von de Vicentiis hierher, bei dem ein Hornhautstaphylom die Diagnose des Netzhauttumors vereitelt hatte. Welcher Art die Ektasierung des vorderen Bulbusabschnittes im Falle von Isler war, geht aus der Krankengeschichte nicht genügend hervor. Jedenfalls ist aber auch sein Fall in diesem Zusammenhange anzuführen. Ich lasse zuerst die Krankengeschichte unseres Falles I folgen und stelle im Anschluss daran die wichtigsten Daten aus den Veröffentlichungen über die erwähnten vier Fälle zusammen.

Fall I.

M. Th., $2^1/_2$ Jahre alt, am 2. Februar 1902 in die Klinik aufgenommen.

Anfang November wurde das Kind von einem anderen mit einer Rute in das linke Auge geschlagen. Der Arzt verordnete Umschläge mit Augenwasser und eine weisse Salbe. Dann wurde das Kind von einem anderen Arzt bis vor sechs Wochen mit Salbe und Umschlägen behandelt. Im Januar trat angeblich eine

Besserung des Zustandes ein, seit ca. 14 Tagen aber wieder eine Verschlimmerung. Die Eltern meinen, dass auch das rechte Auge seit einigen Tagen an Sehschärfe eingebüsst habe. Das Kind sei früher sicher einhergegangen, stosse sich aber jetzt an Gegenstände, die im Wege stehen.

Status praesens: Linkes Auge. Bulbus stark prominent. Der vordere Abschnitt bedeutend vergrössert durch ein sehr grosses ringförmiges Intercalarstaphylom, das den Bulbus nach vorn walzenförmig verlängert. Die vordere Bulbusfläche ist breit und abgeplattet und wird von dem Teil der Staphylomwandungen, die zwischen sich die ebenfalls abgeplattete Cornea fassen, gebildet. Die Cornea ist nicht scharf in ihren Grenzen zu erkennen, ist matt, ihrer Hinterfläche liegt die Iris an. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nach allen Seiten beschränkt.

Diagnose: Staphyloma intercalare oc. sin. Enucleatio bulbi.

Der Bulbus ist 31 mm lang, am Äquator 20 mm breit, 22 mm hoch, am Intercalarstaphylom 21 mm breit und 17 mm hoch.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Tumormassen, die besonders den hinteren Bulbusabschnitt und den vorderen im Bereich des Intercalarstaphyloms ausfüllten, während die Mitte des Augeninnern im wesentlichen frei von der Neubildung war. Der Tumor gehört zur Gruppe der im Kindesalter auftretenden Retinaltumoren.

Am 5. Juli stellte sich das Kind auf Wunsch der Klinik wieder vor.

Status: In der linken Orbita scheinbar kein Recidiv, keinerlei Verhärtungen unter der normalen Conjunctiva. Von dem linken Ohr nach dem Hals hinunter verlaufend

ein nicht ganz gänseeigrosser harter Tumor, mit und unter der Haut verschieblich. An der Spitze des rechten Scheitels ein halbkugeliger, kleinapfelgrosser prallelastischer Tumor. An dem anderen Auge ist keine Verschlechterung bemerkbar.

Emanuel. Ein Fall von Gliom der pars ciliaris retinae (1).

Ph. H., $5^1/_2$jähriger Junge.

Im Alter von 3 Jahren kam das Kind in augenärztliche Behandlung, da das rechte Auge gerötet war und nicht geöffnet werden konnte, auch zeitweise Schmerzen machte. Die Entzündung dauerte unter Behandlung mit Umschlägen fort. Es fiel dem behandelnden Arzte auf, dass die Pupille erweitert war; die Mutter teilte ihm auf Befragen mit, dass dies immer so gewesen sei und dass noch keine Tropfen gebraucht worden seien. Die Erweiterung der Pupille nahm allmählich noch zu, trotz Einträufelung von braunen Tropfen. Die Mutter will schon damals durch Zuhalten des linken Auges festgestellt haben, dass das Kind mit dem rechten Auge nichts sehen konnte. Da keine Besserung eintrat, liess die Mutter das Kind vom Hausarzt weiter behandeln, der regelmässig Calomel-Einstäubungen vornahm. Das Kind erkrankte dann noch an Masern und Husten. Ungefähr ein Vierteljahr vor der Vorstellung fing das Auge an grösser zu werden. Niemals wurde ein heller Schein aus der Tiefe bemerkt. Die Möglichkeit einer Verletzung wird bestimmt in Abrede gestellt. Das linke Auge soll niemals entzündet gewesen sein.

Status praesens vom 30. April 1894: Bei Tageslicht erscheint die Cornea vollkommen dunkel, und bei fokaler Beleuchtung die vordere Kammer mit Blut erfüllt. Die Cornea-Oberfläche ist ziemlich glänzend, ihre Substanz

nur leicht getrübt; am Rande ist auch ein schmaler Saum von Iris zu erkennen. Über das Verhalten der Linse lässt sich nichts ermitteln; aus der Tiefe erhält man kein rotes Licht. Hochgradiges Intercalarstaphylom, rings um die Cornea, ausgenommen gerade nach innen, am stärksten nach unten, wo die Breite in meridionaler Richtung ungefähr der der Cornea gleichkommt. Das Auge ist sehr gespannt. Mässige Ciliarinjektion. Patient kann die Lider über dem Staphylom nach oben schliessen. Auge angeblich nicht schmerzhaft. Am linken Auge äusserlich nichts Abnormes nachweisbar. Der Augenhintergrund ist wegen schlechter Fixation nicht zu sehen.

Klinische Diagnose: Staphyloma intercalare.

Enukleation. Nach 9 Tagen geheilt entlassen. Nach 4 Jahren wird berichtet, dass das Kind seit der Operation immer gesund gewesen sei. Eine äusserliche und ophtalmologische Untersuchung des linken Auges ergiebt jetzt einen völlig normalen Befund.

Wintersteiner, Neuroëpithelioma retinae, Fall XIII (2).

Joh. B., 8jähriger Bauernsohn, wurde am 8. März 1888 wegen Staphyloma annulare auf die erste Augenklinik gebracht.

Anamnestisch war nur zu eruieren, dass er vor 2 Jahren Kopfschmerzen hatte, welche sich dann besserten, dafür aber entstanden nun Schmerzen im rechten Auge, die mit Lichtscheu verbunden waren. Seit dieser Zeit soll Patient erblindet sein.

Der bei der Aufnahme erhobene Status praesens lautet: Der Knabe seinem Alter entsprechend entwickelt. Das linke Auge normal. Am rechten Auge ist die Lidbindehaut hypertrophiert und injiziert. Der Bulbus ist enorm vergrössert, so dass er über den Orbitalrand be-

trächtlich vorragt und in der Richtung von oben nach unten sicher um die Hälfte grösser ist als der linke. Diese Vergrösserung kommt auf die Rechnung eines Wulstes, der, in der Gegend des Corpus ciliare liegend, vom Hornhautrande bis zum Äquator reicht. Er ist höckerig, und zwar liegt ein etwa bohnengrosser Buckel aussen-unten, ein kleiner innen-unten und mehrere kleine oben. Die ektatische Partie ist dunkelstahlgrau schillernd, entsprechend den Prominenzen dunkler, in den zwischen ihnen gelegenen seichten Einschnürungen heller. Die Ektasie ist von überaus zahlreichen, stark geschlängelten Gefässen überzogen und besonders in den Vertiefungen teilweise leicht braun pigmentiert, so dass diese Stellen bronzeartig aussehen. Die Hornhaut ist ganz flach, ihr Umfang stark vergrössert, die Oberfläche matt, ihr Gewebe getrübt. Die Kammer ist voll alten Blutes, nur am Rande sieht man einen schmalen rotbraunen Streif, welcher für die atrophische Iris gehalten wird. Tension erhöht. Lichtempfindlichkeit fehlt.

Am 10. März 1888 wurde die Enukleation des Bulbus vorgenommen, der Knabe mit vollständig reizloser, nur minimal sezernierender Orbita entlassen. Über seine weiteren Schicksale ist nichts bekannt.

Der Bulbus misst in sagittaler Richtung 30 mm, in frontaler am Äquator 26,4 mm.

Isler, Über Glioma retinae. II. Fall (3).

A. S., 13 Monate altes Mädchen, wurde am 25. Januar 1874 in die Anstalt aufgenommen. Im vierten Monat nach der Geburt bemerkten die Eltern der Patientin, dass die Lider des linken Auges etwas geschwollen waren und das Auge selbst leicht entzündet, seither soll das Auge grösser geworden sein.

Status praesens: Gut entwickeltes Kind. Das rechte

Auge normal. Das linke obere Lid zeigt einige erweiterte Hautvenen. Die vordere Bulbushälfte vollständig staphylomatös entartet, sehr ausgedehnt. Die mehr grauen, skleralen Teile gehen in gleichem Niveau in die schwarzbraunen, kornealen Partien über. Einzelne mässig entwickelte Gefässe ziehen über den leicht vorgetriebenen Bulbus hinweg. Tension erhöht.

Am 27. Januar wird, da kein Gliom diagnostiziert war, die Staphylomoperation vorgenommen. Es werden zwei gekrümmte Nadeln kreuzweise durch die prominente Partie hindurchgestossen, ein Stück der vorderen Bulbuswandung entfernt, worauf eine rötliche, schwammige Masse zu Tage tritt, dieselbe wird abgetragen. Schluss der Wunde. Die schwammige Masse erweist sich unter dem Mikroskop als gliomatöser Natur, während die Bulbuswandung das gewöhnliche Aussehen von staphylomatös veränderter Iris zeigt.

Am 31. Januar wird der Bulbus enukleirt. Am 14. Februar wird das Kind entlassen, am 15. Juli kommt es mit grossem Orbitalrecidiv wieder.

De Vicentiis, Sul glioma della retina. Fall II (4).

Achtjähriges Mädchen, das bis vor einem Jahr gesund war. Damals wurde es von einem anderen Kinde mit einem Stein in das rechte Auge getroffen. Die Mutter bemerkte nachher, dass zwar keine Blutungen in den Lidern da waren, das Kind aber einige Abschürfungen auf der Hornhaut davongetragen hatte. In den folgenden Tagen injizierte sich die Conjunctiva bulbi. Die Hornhaut wurde allmählich gelb. In kaum einem Monat entstand in dieser gelben Partie eine Exkreszenz von rötlicher Farbe, welche langsam wuchs und braun wurde; und $^1/_2$ Jahr nach der Verletzung war die Exkreszenz so prominent, dass sie durch die Lidspalte bis zum

halben Niveau der Nase vorsprang. Der Arzt diagnostizierte ein grosses Narbenstaphylom, welches er abtrug. Die Kranke genas bald mit einem atrophischen Stumpf. Kaum 15 Tage nach der Operation vergrösserte sich der atrophische Bulbus, diesmal in seinem ganzen Bereich, und nach sechs Monaten hat sich der jetzige Zustand ausgebildet.

Es findet sich jetzt an Stelle des rechten Auges ein Tumor von der Grösse eines Gänseeies.

Unser zweiter Fall ist ein Netzhauttumor im Stadium der Schrumpfung. Dass ein Augapfel, in dem sich ein Netzhauttumor etabliert hat, sich unter chronischer Entzündung verkleinern kann, ist schon lange bekannt, und es existieren darüber eine ganze Reihe von Publikationen. In den meisten Fällen gab aber dieses Stadium keinen Anlass zu Fehldiagnosen, weil durch die vorhergehende Beobachtung die Natur des Leidens schon sichergestellt war, oder eine entsprechende Anamnese den Verdacht auf einen bestehenden intraokulären Tumor lenkte. In zwei Fällen gab aber das veränderte Krankheitsbild Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit der vorher gestellten Diagnose. Es sind das die Fälle von v. Gräfe und Schöbl, die also im engsten Sinne unserm Falle II an die Seite zu stellen sind. Es folgen nun zunächst die Notizen über diesen unsern Fall, dann die Referate über die Fälle von v. Gräfe und Schöbl.

Fall II.

A. L., $1^1/_2$ Jahr altes Mädchen, aufgenommen am 8. Mai 1901.

Das Kind fiel vor ca. 8 Wochen aus dem Wagen; ein sichtbares Trauma am Auge hat es dabei nicht erlitten. Drei Tage später wollen die Eltern bemerkt

haben, dass das rechte Auge anschwoll. Seitdem ist das Auge entzündet, einige Male ist Erbrechen aufgetreten.

Status praesens: Die Lider des rechten Auges werden wenig geöffnet. Der rechte Bulbus liegt tief in der Orbita und ist stark verkleinert. Die Tension ist bedeutend herabgesetzt. Conjunctivale und ciliare Injektion, Cornea intact, vordere Kammer seicht. Pupille weit, reaktionslos, stellenweise verwachsen. Irisgewebe stark atrophisch, Irisstruktur verwaschen. Linse diffus getrübt. Linkes Auge normal.

Diagnose: Iridocyclitis oc. d., Phthisis bulbi.

9. Mai 1901. In Narkose wird die Enucleatio bulbi vorgenommen. Da sich der Querschnitt des durchschnittenen Sehnerven als stark vergrössert erwies, und da mit grösster Wahrscheinlichkeit ein Netzhauttumor, der im Sehnerven weitergewachsen war, bestand, wurde sofort die Exenteratio orbitae angeschlossen.

Der enukleierte phthisische Bulbus ist 15 mm lang und 16 mm breit. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich das Augeninnere mit Tumormassen angefüllt, die den gewöhnlichen Bau des sogenannten Netzhautglioms zeigten; daneben fanden sich Zeichen und Produkte chronischer Entzündung.

Über das weitere Schicksal des Kindes ist nichts bekannt.

v. Graefe, Zur Kasuistik der Tumoren (5).

„Im Februar 1862 wurde ein im dritten Lebensjahre stehendes, gesund aussehendes Kind vom Lande in meine Klinik gebracht wegen Erblindung des rechten Auges. Ich fand ein „amaurotisches Katzenauge“ optima forma: Pupille ad maximum erweitert, in der Tiefe intensiv weisse, stellenweise gelblich schillernde und mit Gefässneubildungen bedeckte Intumescenzen, den Bulbus stark

gespannt, keine Spur entzündlicher Erscheinungen. Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf malignen Tumor gestellt. Das linke Auge war zu jener Zeit gesund. Im Mai wurde dasselbe Kind angebracht wegen einer seit 6 Wochen eingetretenen Erblindung des linken Auges. Ich konstatierte hier denselben Befund wie früher rechts, nur waren die Buckel weniger hervortretend und liessen einen Teil des Augenhintergrundes frei, in dessen Bereich die Netzhaut durch eine dünne Schicht Flüssigkeit abgelöst war. Ein ganz verändertes Aussehen bot jetzt das rechte Auge: Iridochorioiditis mit Pupillensperre und Blutungen in die vordere Kammer war hinzugetreten, und ein mittlerer Grad Atrophia bulbi bekundete sich durch die Abflachungen längs der geraden Augenmuskeln. Notwendig musste ich an der früheren Diagnose irre werden. Dass zuweilen Chorioiditis exsudativa, welche spontan zur Atrophia bulbi führt, das Bild eines bösartigen Tumors vortäuscht, ist ohnedem bekannt."

November 1862: Der Bulbus ist wieder gespannt, die Hornhaut von einer Geschwulstmasse überwuchert. Das linke Auge befand sich jetzt in demselben Zustand wie im Frühjahr das rechte: Iridochorioiditis und Atrophie. Der rechtsseitige Bulbus wird entfernt und Prof. v. Recklinghausen zur Untersuchung übergeben. Derselbe konstatiert ein „saftreiches Carcinom," wahrscheinlich von den äusseren Netzhautlappen ausgehend, welcher trotz des Durchbruchs noch einen Teil der Glaskörperhöhle übriggelassen hatte.

Schöbl, Cryptoglioma retinae, 9. Fall (6).

Bei einem dreijährigen Mädchen wurde im Februar 1869 Gliom diagnostiziert. Die Operation wurde von den Eltern des Kindes verweigert und die Behandlung

des Kindes einem „Kurpfuscher“ anvertraut. Der Zustand verschlimmerte sich, und es bot sich dann folgendes Krankheitsbild:

„Ich fand die Patientin sehr verändert, etwas abgemagert, blass, im höchsten Grade unwirsch und lichtscheu, so dass nunmehr die genaue Untersuchung des noch dazu verzogenen Kindes grosse Schwierigkeiten machte. Ich fand das betreffende Auge, welches eine starke Ciliargefässinjektion darbot, etwas verkleinert, T—1, in der Ciliargegend bei Berührung ungemein schmerzhaft. Die Hornhaut erschien klar, die Kammer normal, die Iris entfärbt, die Pupille enge, total mit der Vorderkapsel verlötet und durch entzündliche Produkte verlegt, die Pars ciliaris iridis etwas nach rückwärts retrahiert. Subjektiv waren grosse Schmerzen vorhanden. Die nunmehrige Diagnose: Atrophia bulbi progrediens incipiens ex iridochorioiditite plastica lag völlig klar, doch liess ich mich hierdurch auch nicht für einen Augenblick verleiten, meine ursprüngliche Diagnose auf Glioma retinae fallen zu lassen, namentlich im Hinblick auf die oben angeführten, in der Litteratur verzeichneten Fälle, welche den Beweis liefern, dass auch bei wahren Gliomen ein derartiges Stadium iridocycliticum und vorübergehende Schrumpfungen des Augapfels vorkommen können.“

Aber auch hier wurde ihm die dringend angeratene Enukleation verweigert und Prof. v. Hasner als Konsiliarius hinzugezogen.

„Auf meine ursprüngliche genaue Beobachtung und Diagnose legte v. Hasner leider gar keinen Wert, erklärte sie vielmehr für unrichtig und stellte die Diagnose auf Iridocyclitis plastica maligna mit übler Prognose, deren Ursache sich gegenwärtig nicht mehr genauer eruieren lässt, vielleicht wäre eine übersehene unbedeutende Ver-

letzung das ursächliche Moment gewesen. Die von mir als dringend bezeichnete Enukleation erklärte er wohl für berechtigt, doch für den Augenblick überflüssig und gewiss nicht dringend und verordnete eine energische Merkurialkur."

Nach 2 Monaten, während deren sich das Auge noch mehr verkleinert hatte, steigerte sich der Druck wieder und vergrösserte sich der Bulbus. Eine hinzukommende Diphteritis führte den Tod des Kindes herbei.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte Schöbls erstmalige Annahme, dass es sich um einen Retinaltumor mit temporärer Schrumpfung handelte.

Das sind die einzigen Fälle, die unserm Fall II völlig gleichen. Zu erwähnen wären vielleicht noch die Fälle von Isler, Jung und ein anderer Fall von Schöbl, in denen keine Verkleinerung des Bulbus und keine Tensionsverminderung bestand, in denen aber ebenfalls gleichzeitige entzündliche Prozesse die Diagnose irreführten.

Isler, Über Glioma retinae. Fall XIII, S. 19 (3).

A. G., 3 Jahre alter Knabe.

Status praesens. August 1883: Rechter Bulbus blass, Cornea klar, vordere Kammer aufgehoben, Iris braunrot, nach unten fast schwarz, Pupille verschlossen. Tension normal. Linker Bulbus blass, Cornea mittelweit, auf Licht reagierend, Linse gleichmässig getrübt. Strabismus convergens, rechtes Auge abgelenkt.

Diagnose: Iridochorioiditis oc. d., Cataracta congenita oc. s.

Links Iridektomie, um später die Extraktion nachfolgen zu lassen.

März 1884: Die Eltern erzählen, dass das rechte Auge seit einem Vierteljahr wieder entzündet und die

Entzündung auch auf das linke Auge übergegangen ist. Status praesens: Rechter Bulbus vergrössert, pericorneal injiziert, nach oben und unten von der Hornhaut graurote Wülste, welche die Hornhaut teilweise überdecken. Linker Bulbus vergrössert, pericorneal injiziert, Pupille weit, unregelmässig. Beiderseits Tension erhöht. — Keine Therapie.

Im September 1884 soll das Kind nach heftigen Krämpfen gestorben sein.

Anm: Interessant ist bei diesem Fall von doppelseitigem Retinaltumor — denn als solcher stellte sich die Erkrankung später heraus — dass zu gleicher Zeit rechts Iridochorioiditis, links Cataracta die Fehldiagnose veranlassten.

Jung, v. Graefes Archiv XXXVII, 4. S. 125 (7).

E. M., 4 Jahre altes Mädchen, 17. Mai 1885: In den klinischen Büchern ist vermerkt: Rechts eitrige Iritis, vermutlich tuberkulöser Natur, mit kleinen gelblichen Knötchen und mit ein Drittel der vorderen Kammez einnehmenden Hypopyon.

3. Juni 1885: Rechts Iridektomie. Nach Anlegung des Schnittes entleert sich das Hypopyon sowie die gelblichen Knötchen mit dem Kammerwasser. Breites Colobom.

12. Juni 1885: Grüngelber Schein aus der Tiefe. Verdacht auf Glaskörperinfiltration. Enucleatio bulbi: Beim Versuch, den Bulbus hervorzuziehen, platzt derselbe, es entleert sich grüngelbe Flüssigkeit. Der Optikus ist stark verdickt.

Die Sektion des Bulbus ergiebt eine von der völlig abgelösten Retina ausgehende Geschwulstbildung, die auf den Opticus übergegriffen hatte.

7. August 1885: Orbitalrecidiv. Keine Operation.
27. November: Tod des Kindes.

Schöbl, Cryptoglioma retinae. 10. Fall (6).

M. S., 20 Monate altes Mädchen.

Anamnese: 14 Tage nach der Geburt wird ein linsenförmiges Gebilde in der Pupille bemerkt, nach einem Vierteljahr entzündliche Reizerscheinungen. Von dieser Zeit an Vergrösserung des Auges.

Status praesens: 22. November 1893: Rechtes Auge vergrössert, von den Lidern noch eben bedeckt. Bulbus: knollenförmig, in den vorderen Partien einige flachbuckelige Erhabenheiten. Farbe: bläulich-graue Schieferfarbe, stellenweise helle, braune und rosenrote Farbentöne. Hornhaut nur durch das durchschimmernde, der Hinterhaut anliegende Irispigment markiert. Strahlige Narbe von der Mitte nach innen. Hervortreibung auf der inneren Ciliargegend. Conjunctiva, soweit sichtbar, stark hyperämisch. Tension fast — 2.

In den nächsten 14 Tagen geringe Vergrösserung des rechten Auges mit drohender neuer Perforation.

Diagnose: Iridochorioiditis purulenta partialis chronica tuberculosa oculi dextri (Extasia bulbi anterior, Cicatrix corneae et sclerae).

Zugleich wird am linken Auge diagnostiziert: Granuloma tuberculosum corporis ciliaris penetrans in cameram anteriorem o. s.

Die spätere Untersuchung beider Bulbi zeigte, dass es sich um maligne Neubildung gehandelt hatte.

In unserem Fall I war angenommen worden, dass es sich um einen im Anschluss an das in der Anamnese erwähnte Trauma entstandenen Entzündungsprozess handelte, in dessen Verlauf es zur Seclusio pupillae und sekundärer Drucksteigerung und dadurch bedingtem

Interkalarstaphylom kam. Thatsächlich sieht man ja derartige Krankheitsbilder nicht allzu selten. Die zur Differentialdiagnose in Betracht kommende Durchleuchtung, von der Wintersteiner (Neuroëpithelioma ret., pag. 138 f.) spricht, lässt sich wohl meistens, da es sich um kleine ungeberdige Kinder handelt, nicht ausführen. Aber unser Fall gemahnt uns, dass man die Möglichkeit eines intraokulären Retinaltumors bei Kindern auch dann in vielen Fällen im Auge behalten muss, wenn eine Deutung des Krankheitsbildes auf andere Weise ungezwungen ausführbar ist. Es sollte daher eigentlich Regel sein, kindliche Bulbi, bei denen nicht mit Sicherheit ein Tumor auszuschliessen ist, sofort nach der Enukleation zu eröffnen, um event. — man kann die Diagnose, ob Retinaltumor da ist oder nicht, bei einiger Übung leicht aus dem makroskopischen Befund stellen —. die Exenteratio orbitae anschliessen zu können. Diese Exenteration kann noch in vielen Fällen von Nutzen sein, wenn auch schon die Geschwulstmassen sich über die Bulbushülle hinaus ausgebreitet haben, da ja die Netzhautgeschwulst wenigstens zunächst sich nicht durch entfernte Metastasen, sondern durch kontinuierliche Ausbreitung generalisiert. Ob in unserm Falle die etwaige Exenteration dem Weitergreifen vorgebeugt hätte, lässt sich nicht entscheiden.

Im Falle II wurde der Verdacht auf Netzhauttumor bei Durchschneidung des stark vergrösserten Sehnerven rege, und die Exenteratio orbitae der Enukleation angeschlossen. Über den Erfolg dieser Massnahme wissen wir leider nichts, da auf wiederholte Anfrage keine Antwort von den Eltern zu erhalten ist. Wäre aber in diesem Falle die Infiltration des Sehnerven nicht schon so ausgesprochen gewesen, so hätte eine Eröffnung des Bulbus sofort gezeigt, dass es sich um einen Netzhaut-

tumor handelte, und der weitere Behandlungsplan wäre auch so gegeben worden.

Zum Schluss erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Sattler für die gütige Überlassung der beschriebenen Fälle und Herrn Dr. Emanuel für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit ergebenst zu danken.

Lebenslauf.

Arthur Vockerodt, evangelischer Konfession, wurde am 6. (18.) Januar 1876 in Orenburg a. Ural (Russland) als Sohn des Kaufmanns und Gutsbesitzers August Vockerodt geboren. Nach dem ersten Unterricht im Elternhause war er von Michaelis 1886 bis Ostern 1891 Zögling der Erziehungsanstalt Schnepfenthal und machte dann von Ostern 1891 bis Ostern 1892 die Untersekunda des Gymnasiums zu Eisenach durch. Von Ostern 1892 an beschäftigte er sich im Hause des Vaters, trat aber Michaelis 1894 in die Obersekunda des Gymnasiums zu Gotha ein, wo er Ostern 1897 das Reifezeugnis erhielt. Nun widmete er sich dem Studium der Medizin und zwar im ersten Semester in München, seitdem in Leipzig. Hier bestand er im Februar 1899 die ärztliche Vorprüfung, genügte von Oktober 1899 bis März 1900 seiner Militärpflicht und beendete am 19. November 1902 die ärztliche Staatsprüfung.

Litteratur.

1. *Emanuel, C.,* Ein Fall von Gliom der pars ciliaris retinae nebst Bemerkungen zur Lehre von den Netzhaut-Tumoren. (Virchows Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiologie u. f. klinische Medizin. 161. Band. 1900.)
2. *Wintersteiner,* Das Neuroëpithelioma retinae. Leipzig und Wien. 1897.
3. *Isler, J.,* Über Glioma retinae. Inaug.-Dissert. Basel 1899.
4. *De Vicentiis,* Sul glioma della retina. Annali di ottalmol. X. Fasc. IV, p. 342. 1881.
5. *v. Graefe, A.,* Zur Kasuistik der Tumoren. Arch. f. Ophth. X, p. 216. 1864.
6. *Schöbl, J.,* Cryptoglioma retinae. Hirschbergs Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. Mai—Juni 1896.
7. *Jung,* Beitrag zur Differentialdiagnose tuberculöser und gliomatöser Erkrankungen des Auges. v. Graefes Archiv XXXVII, 4. 1891.

Druck von Hallberg & Büchting (Inh. L. A. Klepzig), Leipzig.